

Introducción

El trastorno esquizoide de la personalidad es uno de los más enigmáticos, estos pacientes no da información sobre su mundo interior y su conducta es retraída. Este tipo de trastorno siempre ha ido acompañado de controversia, acerca no sólo de su naturaleza sino también de su ubicación en el campo de la psiquiatría. A menudo las fronteras con la normalidad son indistinguibles. El trastorno esquizoide tiene una considerable relación con la esquizofrenia de ahí la importancia de un correcto diagnóstico diferencial.^{1,2}

Caso clínico

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 48 años que acude al CSM derivado por su MAP por “síntomas depresivos e insomnio por conflictiva de separación matrimonial”. En esa primera consulta el paciente aporta un informe de una psiquiatra privada a la que acudió en una ocasión, aproximadamente un mes antes de esta consulta. Se puso en contacto con ella a través de otro médico al que acude de forma frecuente.

En el informe aparecen los antecedentes psiquiátricos del paciente y la clínica actual “insomnio crónico, últimamente, a raíz de la separación hace un año, sufre insomnio con despertar precoz y ánimo ligeramente bajo, sin ideas autolíticas, cierta obsesividad con dificultad para concentrarse y centrarse”, “recomiendo apoyo por las circunstancias personales, biográficas y familiares y control de la medicación que debería realizar en su Centro de Salud Mental”

Tratamiento en este momento pautado: fluoxetina 20mg al día y lormetazepam 1 mg antes de acostarse.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS

- NAMC
- No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Un episodio psicótico de características probablemente maniformes (irritabilidad, euforia, insomnio y verborrea) a los 20 años. No aporta informes de aquel episodio. Estuvo en tratamiento durante dos meses, no recuerda el nombre de los fármacos que tomó en aquel momento, posteriormente no realizó seguimiento psiquiátrico.

Consumo de tóxicos (cannabis y anfetaminas) a los 19 y 20 años. Tras el brote psicótico no volvió a consumir.

Consumo continuado de alcohol durante años, sin momentos de elevada ingesta, hasta el años 2001 que acude al CAID para el tratamiento de la deshabituación.

ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

Natural de Vigo. Es el tercero de cuatro hermanos. Estudió bachillerato en su ciudad natal. En el año 1983 se traslada a vivir a Madrid a casa de unos familiares para estudiar música, no termina estos estudios. Tras abandonarlos trabaja tocando el acordeón en el metro, posteriormente y de forma autodidacta aprende a afinar pianos, su trabajo en el momento actual.

Durante el tiempo que tocaba en el metro también daba conciertos en algunas ocasiones en bares, donde conoce a su mujer. Inician una relación de pareja y en el año 1994 se casan. Hasta ese momento el paciente había estado viviendo en casa de sus familiares. Tiene una hija de 10 años. Hace un año se separa de forma legal de su mujer aunque llevaban casi un año conviviendo separados. Realizan acuerdo extrajudicial según el cual la hija vive con su exmujer y el paciente se queda con el domicilio familiar haciéndose cargo de la hipoteca, lo que le supone problemas económicos. El paciente tiene derecho a ver dos horas al día a su hija, fines de semana alternos y la mitad de las vacaciones.

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude solo a la primera entrevista. Tras la recogida de los antecedentes el paciente cuenta que desde la separación de su mujer y su hija hace dos años se encuentra más triste, con cierta disminución de la concentración y cierto insomnio. Comenta mejoría parcial de la sintomatología desde inicio del tratamiento farmacológico. Anteriormente el paciente había tomado medicamentos naturales para tratar dichos síntomas.

A lo largo de la entrevista también verbaliza diferentes quejas somáticas como molestias en un ojo, dolor en el brazo y prurito anal.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador. Tranquilo. En algunos momentos evita el contacto visual directo y en otros impresiona de cierta hipervigilancia. No inquietud psicomotriz. Ánimo bajo reactivo a la separación matrimonial y la no convivencia con su hija. Discurso psicologizado, al principio es escaso, a la mayoría de las preguntas responde con monosílabos e impresiona de ocultación de datos. Conforme avanza la entrevista mayor locuacidad, comenta “antes estaba como muerto y ahora empiezo a ser una persona”. También verbaliza sentimientos de desconfianza hacia todas las personas de las que habla pero no impresiona de ideación delirante. No clínica psicótica. No ideas de muerte ni ideación autolítica estructurada en el momento actual. Sueño parcialmente conservado con la medicación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En este momento se plantea los siguientes diagnósticos:

- Trastorno adaptativo
- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Fobia social

EVOLUCIÓN

A lo largo del seguimiento se hace hincapié en conocer más detalles sobre las relaciones interpersonales que establece el paciente, sus aficiones y temas que le interesan.

Personalidad

Se define como una persona conciliadora, que le gusta ayudar a los demás, no es impulsivo ni excesivamente ordenado, no realiza rituales de comprobación, previamente refiere que era muy introvertido y ahora se considera sociable, “no sé exactamente lo que quiero”.

Relaciones personales

Cuenta que durante la infancia siempre ha sido una persona bastante solitaria. En el colegio pasaba tiempo con sus compañeros de clase pero según el paciente no tenía cosas en común con ellos y no los consideraba sus amigos. No mantiene contacto con ninguna persona de aquella época. En la adolescencia solía salir con los amigos de su hermana menor pero tampoco los consideraba sus amigos ni mantiene el contacto.

En cuanto a su familia, refiere mala relación con ellos. Define a su madre como una persona autoritaria y a su padre como alguien con un alto nivel intelectual y reservado aunque también autoritario. Comenta que cuando acude a Vigo con bastante frecuencia por motivos de trabajo, solo acude a casa para comer y dormir para evitar conflictos.

Con su exmujer en el momento actual escaso contacto, la ve cuando recoge a su hija pero apenas hablan. Refiere que cuando la conoció, ella era la que se fijó en él y le propuso iniciar la relación de pareja. Quejas sobre la actitud de su exmujer ante la enfermedad somática de ella. Comenta que cuando la relación se iniciaba a deteriorar acudieron a una terapia de pareja pero al paciente no le gustó y dejaron de acudir. En cuanto a las relaciones sexuales, el paciente refiere que con la única persona que las ha mantenido ha sido con su exmujer, al principio eran satisfactorias pero después cada vez más esporádicas, “no es un tema que me interese mucho”. En los últimos meses a menudo le llama una prima de su exmujer quien le comenta que su estado de salud está empeorando pero el paciente desconfía y quiere ponerse en contacto con otros familiares para contrastar información.

De su hija cuenta que es una niña muy lista y responsable pero que la familia de su exmujer la educa de una forma totalmente distinta a la suya y eso le preocupa. Cuando la niña está en el domicilio del padre no tiene contacto con otros niños, siempre están los dos solos.

En la actualidad refiere que tiene un amigo pero hace un tiempo se traslado a otra ciudad y escaso contacto telefónico con él. También cuenta buenas relaciones con un profesor de su hija pero posteriormente cuenta una discusión que tuvieron no hace mucho tiempo.

Actividades laborales

Tras la boda el paciente deja de tocar el acordeón en el metro y aprende a afinar pianos. Al principio cuando tenía que acudir a los domicilios se angustiaba, sentía cierto miedo, ahora ya no le ocurre. Comenta “algunos me ven raro y no me vuelven a llamar”. El paciente relaciona la elección de estos trabajos con la evitación del contacto con otras personas, ya que se trata de trabajos donde el contacto es escaso.

Otros tratamientos

En el año 2006 comienza a acudir a un médico que realiza terapia sintérgica con frecuencia mensual, quien le deriva a psiquiatría. La terapia sintérgica es un tipo de terapia alternativa no reconocida por la medicina oficial. Se basa, según sus representantes, en los principios de autoorganización. El paciente no ha dejado de acudir a esta terapia, en el momento actual se plantea cambiar a otro médico de esta misma corriente.

DIAGNÓSTICO

Trastorno esquizoide de la personalidad

Discusión

El patrón general del trastorno esquizoide de la personalidad es el distanciamiento de las relaciones sociales y la restricción de la expresión emocional. Suele comenzar al principio de la edad adulta. Se desconoce la causa exacta del trastorno, pero existen diversas teorías que intentan dar una explicación.⁴

Las características de la personalidad esquizoide son patológicas por sí mismas, no sólo porque no permiten el desarrollo de las experiencias que podrían promover un estilo de vida más vibrante y gratificador, sino también porque perpetúan las condiciones que conducen a las formas más graves de trastorno mental. Al limitar su círculo interpersonal, dichas características eliminan la posibilidad de tener más experiencias.^{3,4}

La característica conductual más importante es el aislamiento y sus movimientos letárgicos. Son extremadamente insociables. Tienen vidas solitarias, se suelen refugiar en sí mismos. Tienen pocos amigos íntimos o de confianza. También es característica la falta de expresividad y el déficit de energía y vitalidad. Usualmente parecen fríos, distantes y reservados, y se sienten especialmente incómodos cuando experimentan emociones íntimas. El mundo externo está para ellos tan lleno de agotadoras amenazas contra la seguridad y la individualidad, que tienden al repliegamiento y buscan satisfacciones en la fantasía.³

En cuanto al diagnóstico diferencial hay que diferenciar entre dicho trastorno y el grupo de pacientes con síntomas psicóticos que engloba la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. La diferencia fundamental con estos cuadros radica en que en éstos, los síntomas psicóticos son persistentes. En cambio, en el trastorno esquizoide, cuando se experimentan episodios psicóticos son muy breves y con carácter reactivo ante situaciones que causan estrés. También muy importante realizar un diagnóstico diferencial con el resto de trastornos de la personalidad, sobre todo del grupo A.^{2,4}

Bibliografía

1. Vallejo Ruilba, J.: Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. Elsevier, Barcelona, 2006.
2. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. Barcelona, 1995.
3. Gradillas, V.: Trastornos de la Personalidad en la Práctica Médica. Editorial Masson. Barcelona, 2002
4. Millon, Th.: Trastornos de la Personalidad en la vida moderna. 2ª ed. Editorial Masson. Barcelona, 2006.